State of California-Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services
P.O. Box 989009, West Sacramento, CA 95798-9850

TOBY DOUGLAS
Director

EDMUND G. BROWN JR.
Governor

조치의 통지
Community-Based Adult Services (CBAS)에 부적격

귀하:

귀하께 중요한 정보를 알려드리기 위해 본 서한을 보내드립니다. 귀하는 Community-Based Adult Services (CBAS)에 ***자격이 되시지 않습니다***. 귀하는 본 결정에 대해 이의를 제기하실 수 있습니다.

CBAS 는 2012년 3월1일부터 시작되는 Medi-Cal 혜택입니다. CBAS 는 Medi-Cal 에서 자격이 되시는 분들께 훈련된 간병, 사회서비스, 테라피, 개인 간호, 가족/보호자 훈련 및 지원, 식사, 교통편, 그리고 케이스 관리 등을 한 장소에서 제공해 드립니다. Department of Health Care Services 는 *Darling, et al. v. Douglas, et al.* 소송의 화해에 동의하였기 때문에 Adult Day Health Care (ADHC)는 2012년 2월 29일에 종료되고, CBAS 가 그 다음 날부터 시작될 것입니다. 본 협의 사항에 관한 내용은 온라인으로 읽으실 수 있습니다: http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx.

저희는 귀하가 ADHC 센터에서 ADHC 서비스를 받으시거나, 또는 최근에 받으셨기 때문에 귀하의 CBAS에 대한 적격성을 검토하였습니다. DHCS 의 간호사가 귀하를 만나서(또는 만나려고 시도하여) 귀하의 CBAS 적격성을 검토하였습니다.

본 조치의 통지는 다음과 같은 이유로 인해 귀하가 CBAS에 대해 부적격함을 알려드리기 위한 것입니다:

- "Nursing Facility Level of Care A" (NF-A) 에 부합되는 간호가 필요하지 않음; **또는**
- 중간에서 심한 정도까지의 Alzheimer 질환 또는 다른 치매증상을 포함한 중간에서 심한 정도까지의 인지장애를 갖고 있지 않음; **또는**
- 발달장애를 갖고 있지 않음; **또는**
- Alzheimer 또는 치매를 포함한 경미에서 중간 정도까지의 인지장애가 없고 다음 중 두 가지에 대해 도움 또는 감독이 필요하지 않음: 목욕, 옷입기, 본인 스스로 식사, 용변, 보행, 이동, 약품 관리ㅊ 위생; **또는**
- 만성적인 정신질환 또는 뇌손상이 없으며 다음 중 두 가지에 대해 도움 또는 감독이 필요하지 않음: 목욕, 옷입기, 본인 스스로 식사, 용변, 보행, 이동, 약품 관리 및 위생; 또는 위의 리스트에서 하나와 다음 중 하나에서 도움이 필요함: 금전관리, 리소스 이용, 식사준비및 교통편.

CBAS 자격 기준에 관한 더 자세한 정보는 온라인으로 본 협의 사항에 대한 내용에서 확인하십시오: http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/ADHC/ADHC.aspx.

이제 어떻게 됩니까?
귀하는 CBAS 를 받으실 자격은 되지 않지만, **다음과 같은 서비스를 찾는데 도움을 줄 향상된 케이스 관리서비스 (Enhanced Case Management 서비스)를 받을 자격이 *됩니다*.**

- 귀하가 Medi-Cal 관리의료 플랜에 ***가입하고 계시다면***, 귀하의 플랜에서 귀하께 전화를 하거나, 또는 귀하가 귀하의 건강보험 멤버서비스에 전화를 하실 수도 있습니다. 귀하의 플랜에서 귀하께 향상된 케이스 관리서비스를 제공할 것입니다. 건강보험 멤버서비스의 리스트는 다음에서 확인하십시오: http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MMCDHealthPlanDir.aspx
- 귀하가 Medi-Cal 관리의료 플랜에 ***가입하고 계시지 않으면***, APS Healthcare 에서 귀하께 전화를 하거나 또는 귀하가 1-800-693-6735 로 APS Healthcare 에 전화를 하실 수도 있습니다. 그들이 귀하께 향상된 케이스 관리 서비스를 제공할 것입니다.

이것이 나의 Medi-Cal 또는 Medicare에 대한 적격성에 영향을 줍니까?
본 통지는 다른 Medi-Cal 또는 Medicare 서비스에 대한 귀하의 적격성 또는 혜택에는 영향을 주지 않습니다.

이 결정에 대해 내가 동의하지 않으면 어떻게 하나요?

귀하의 주 청문회 (State Hearing)와 관련한 권리들

만일 귀하가 본 부적격 결정에 동의하지 않으시면, 귀하는 이 결정에 대해 이의를 제기하고 State Hearing (Section 51014.1 of Title 22 of the California Code of Regulations) 을 요청하실 수 있습니다. 주 청문회(State Hearing) 권리와 State Hearing 을 요청하는 최상의 방법에 관한 더 자세한 정보는 동봉된 "*귀하의 주 청문회 권리*" 및 "*주 청문회 요청*" 양식에서 확인하십시오.

귀하의 CBAS 부적격에 관한 Department 의 결정에 대해 이의를 제기하시면, CBAS가 새로운 프로그램이기 때문에 이의 제기 중에는 CBAS 서비스를 받지 못하실 것입니다. 대신, 귀하의 이의가 처리되는 도중에는 향상된 케이스 관리 서비스를 받게 되십니다.

질문이 있으면 어디로 전화를 해야 합니까?
본 통지와 관련한 질문이 있으시거나, 더 자세한 정보나 이의 제기에 대한 도움이 필요하시면 (800) 776-5746, TDD/TTY (800) 719-5798 로 Disability Rights California 에 전화 주시거나 다음 주소로 우편 문의해 주시기 바랍니다:

Disability Rights California
1330 Broadway, Suite 500
Oakland, CA 94612
Darling@disabilityrightsca.org

귀하의 주 청문회 관련 권리

주 청문회 (State Hearing)를 요청하시려면

- 90일 이내에만 청문회를 요청하실 수 있습니다.
- 그 90일의 기간은 저희가 이 통지서를 발송한 다음 날부터 시작됩니다.

만일 귀하께서 90일 이내에 청문회 요청을 하지 못한 충분한 사유가 있는 경우, 여전히 청문회를 요청하실 수 있습니다. 충분한 사유만 제시하시면, 청문회 일정이 잡힐 수도 있습니다.

도움을 받으시려면

청문회에 혼자 오고 싶지 않으시면, 친구, 친척, 변호사, 또는 귀하가 선택하시는 누구라도 같이 오실 수 있습니다. 지역 법률지원 사무실 또는 복지 권리 그룹으로부터 무료로 법률지원을 받으실 수 있습니다.

아래의 주 정보전화로 연락해서 귀하의 청문회 관련 권리 또는 무료 법률지원에 관해 문의하실 수 있습니다. 이 전화들은 계속 통화 중일 수 있습니다. 나중에 다시 전화를 하시도록 요청하는 메시지를 들으실 수도 있습니다.

무료전화:	1-800-952-5253
청각장애인으로 TDD/TTY 를 사용하시는 분을 위한 전화:	1-800-952-8349

주 청문회를 요청하시는 방법

청문회를 요청하시는 가장 좋은 방법은 본 양식의 뒷면에 기입하신 뒤에 다음과 같이보내시는 것입니다:

우편주소: California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

팩스: 1-916-651-5210 또는 1-916-651-2789 (주의: State Hearing Support)

또는 전화하셔도 됩니다:

전화: 1-800-952-5253 또는 1-800-743-8525
TDD/TTY: 1-800-952-8349

주의
State Hearings Division 은 이메일을 통해서는 주 청문회 요청을 접수할 수 없습니다.

기타 정보

청문회 파일: 귀하가 청문회를 요청하시면, State Hearing Office 는 파일을 하나 준비할 것입니다. 귀하는 이 파일을 열람하실 수 있는 권리가 있습니다. 주에서는 귀하의 파일을 U.S. Department of Health and Human Services 에 제공할 수도 있습니다.

주 청문회 요청

본인은 Department of Health Care Services 에서 취한 주 청문회 (State Hearing)를 요청합니다.

성명:

주소: 우편번호:

전화번호:

Social Security Number 또는 Medi-Cal ID 번호:

(만일 이 번호를 제공하지 않으시면 귀하의 청문회가 지연될 수도 있습니다)

본인은 다음에 동의하지 않습니다:

☒ Community-Based Adult Services (CBAS) 에 관한 부적격 결정

사유

주의: 가능한, 조치의 통지 (Notice of Action) 사본을 이 양식에 첨부하십시오. 더 자세한 정보를 제공하시려면, 아래의 공란을 이용하십시오:

(공간이 더 필요하시면, 다른 종이를 이용하십시오. 귀하의 기록을 위해 사본을 보관하십시오)

청문회에 혼자 오고 싶지 않으시면, 친구 또는 다른 분을 같이 동반하실 수 있습니다.

귀하에게 해당되는 박스(들)에 체크하십시오.

☐ ❶ 본인은 아래에 명기된 사람이 본인을 대리하기를 원합니다. 그/그녀는 본 청문회와 관련한 본인의 의료기록을 열람할 수 있고, 청문회에 참석해서, 본인을 대변할 수 있습니다.

성명: 전화번호:

주소:

☐ ❷ 본인은 무료로 제공되는 통역이 필요합니다(친척 또는 친구는 청문회에서 귀하를 위해 통역을 해 줄 수 없습니다).
본인이 사용하는 언어:

☐ ❸ 본인은 전화 청문회를 원합니다.

☐ ❹ 본인은 청문회에 참석하기를 원하며, 다음과 같은 ADA 편의시설 (예를 들어, 휠체어 접근 가능, 큰 활자 등)이 필요합니다.

☐ ❺ **긴급을 요함.** 본인은 빠른 결정이 필요하며 90일 동안 기다릴 수 없습니다. 아래에 설명하십시오:

본인 서명 일자:

이 양식을 완성하신 뒤에 본인의 기록을 위해 사본을 보관하십시오.